N° ~~46.~~ 15.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

Sciences chirurgicales.

Quels sont les caractères anatomiques du croup ?

Sciences médicales.

De l'entérite chez les nouveaux-nés.

Sciences accessoires.

Des agents chimiques capables de neutraliser les propriétés vénéneuses des sels de morphine et de l'opium.

Anatomie et Physiologie.

Des rapports généraux des deux surfaces des membranes fibreuses.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER LE 1er MAI 1841 ;

PAR

C. DUBODON (PROSPER-VICTOR),

de Gourin (Morbihan) ;

Bachelier ès-sciences, Chirurgien Aide-Major à l'armée d'Afrique.

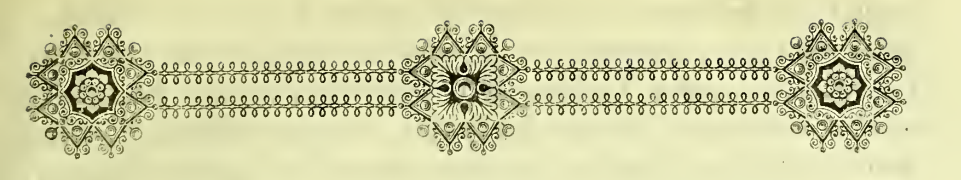
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.

1841.



SCIENCES CHIRURGICALES.

—

Quels sont les caractères anatomiques du croup?

Avant d'établir les caractères anatomiques d'une maladie, faut-il au moins savoir ce que l'on doit décrire, et quelle est la maladie dont on veut parler. Définir ce que l'on doit entendre par croup a été, pendant long-temps, une chose presque impossible; et même, de nos jours, après les travaux anatomo-pathologiques si nombreux et si variés, on est loin de s'accorder complétement, non-seulement sur l'altération matérielle propre à cette affection, mais encore sur le tableau symptomatique qui lui appartient. Durant le moyen âge et les siècles passés, on a donné à la maladie dont nous avons à nous occuper spécialement des noms fort multipliés, ce qui a contribué à jeter de la confusion dans son histoire. Il est impossible, en effet, que toutes les dénominations conviennent entièrement; il n'est donc pas étonnant que certaines, peu précises, aient fourni matière à l'erreur.

Que signifient, en effet, les mots de *male in canna* des auteurs italiens, le *morbus strangulationis* de Carnavale, l'*angina suffocativa* de S. Bard, le *tracheitides infantium* de Michaelis, etc., etc.?

Ne semblerait-il pas que la suffocation ne peut survenir qu'avec le

croup ? que les enfants ne peuvent être atteints que de cette maladie de la trachée ? Ces appellations ont le défaut de la plupart des dénominations données pendant l'enfance de la science, où les mots d'*inflammation*, d'*éléphantiasis*, de *fièvre puerpérale*, de *danse de St-Guy*, et tant d'autres analogues, furent inventés pour désigner des maladies inconnues, par un de leurs symptômes plus ou moins fugitifs. Sans doute, le mot croup ne dit rien à l'esprit, mais il a au moins l'avantage de ne point réveiller des images fausses ou incomplètes. Est-il étonnant qu'il reste encore de l'incertitude sur la nature de la maladie appelée *angine perfide* par Ghisi ; sur l'affection désignée par Millar sous le nom d'*asthme aigu?* Vainement Wichman, Dreysig, Double et beaucoup d'autres écrivains, ont tenté de donner un tableau complet et bien défini de cette dernière maladie ; ils n'ont pu dissiper l'erreur commise tous les jours à son occasion, et on la voit, à tout instant, confondre avec le croup. Ce vague propagé touchant les diverses lésions du tube aérien, a contribué à faire admettre des croups sans fausses membranes, et réunir au croup toutes les maladies du larynx et même des poumons.

Cependant, grâce aux travaux de M. Bretonneau, la plupart des médecins instruits, ceux qui ne font pas la médecine dans leur cabinet, et des livres avec des livres, ont reconnu dans le croup une altération spéciale différente de toutes les espèces d'asthme, de celui de Millar. « Nous ne pensons pas, dit M. Guersent (dict. méd. en 25 vol., tom. » IX, 337), que, dans l'état actuel de nos connaissances, il soit pos- » sible d'admettre comme identiques, des maladies qui présentent des » symptômes absolument différents et des caractères anatomiques aussi » dissemblables ; la présence de la fausse membrane dans le croup est » un caractère qui leur appartient aussi essentiellement que l'exsudation » purulente et pseudo-membraneuse à l'inflammation des membranes » séreuses. »

On a prétendu qu'il s'offre un ensemble de symptômes où l'analogie avec le croup est extrêmement marquée, et où il n'existe pas de pseudo-membranes. Cette méprise est tellement facile, que plusieurs médecins se sont décidés à opérer de la trachéotomie des individus dont les voies respiratoires ne renfermaient pas de productions plastiques. Ces erreurs

prouvent seulement la nécessité de bien saisir les caractères diagnostiques du vrai croup ou pseudo-membraneux, et nullement que toutes ces maladies doivent être confondues en une seule. Guersent avait appelé ces dernières de faux-croups, expression peu favorable à dissiper l'incertitude : l'expression de *laryngite striduleuse*, employée par M. Bretonneau, semble plus propre à séparer des affections bien différentes.

On a élevé contre cette détermination nosologique une objection plus spécieuse ; en touchant un des points du tube aérien, chez les animaux, au moyen d'un acide plus ou moins concentré, on obtient tantôt une inflammation simple, tantôt de la suppuration, d'autres fois des exsudations plastiques. Ces expériences répétées et toujours semblables dans leur résultat, ont porté plusieurs praticiens à penser que le croup ne différait pas des autres inflammations de la trachée-artère ; que seulement la phlogose parvenait tantôt au degré plastique ou adhésif de Hunter, ou au degré de purulence, sans pour cela constituer des maladies de nature différente.

Plusieurs médecins ont contribué, avant ces expérimentateurs, à donner à cette opinion un certain crédit que l'influence de l'école physiologique n'a pas peu augmenté. Nous ne dirons pas, en effet, que Broussais et ses élèves admettent que le croup est une forme de trachéïte ; cette opinion est trop connue ; mais avant le chef de l'école de l'irritation, Chambon, Mahon et d'autres avaient eu la même idée. « Je croyais, en 1784, » dit l'auteur de l'ouvrage sur les maladies des enfants (tome II, page » 231), que l'humeur morbifique du croup était purulente. Deux ou- » vertures de cadavres m'avaient offert les marques les moins équivoques » de la présence d'une grande quantité de pus dans la trachée-artère et » ses divisions. En me rappelant d'ailleurs que le pus s'épaissit souvent » au point de former des membranes très-denses et très-épaisses par » l'effet de l'inflammation, je me persuadais que la concrétion étendue » sur la trachée-artère avait été originairement de nature purulente. »

Ainsi Chambon pense que le croup est une inflammation du tuyau aérien : quant à la transformation du pus en fausse membrane, il sent lui-même le peu de valeur de cette hypothèse, et il ajoute plus loin que ses recherches ne sont pas suffisantes à cet égard, et qu'il est possible

que des travaux ultérieurs en démontrent la fausseté. En cela Chambon a prouvé un jugement sain, bien mieux que Mahon qui affirme hardiment la supposition de Chambon (mém. Sociét. méd., 1777). Nous sommes loin de nier que l'inflammation n'existe dans le croup ; mais il nous semble naturel d'admettre un autre élément dans cette maladie, élément qui amène la formation constante d'une fausse membrane chez un grand nombre d'individus rassemblés sous l'influence d'une constitution médicale particulière.

On peut reconnaître à la maladie que nous venons de distinguer de plusieurs autres plus ou moins analogues par certains symptômes, trois périodes ou plutôt trois états différents basés non sur un groupe de phénomènes fonctionnels, mais bien sur les changements de la trachée-artère ; nous ne devons point oublier, en effet, que notre dissertation a trait à l'anatomie pathologique. Au premier état, la muqueuse du pharynx et du fond de la bouche est rouge, tuméfiée, parsemée de points saillants plus foncés et recouverts bientôt de petites plaques blanches semblables à celles du muguet. Toutefois elles se distinguent de celles qui appartiennent à cette dernière maladie de l'enfance, en ce qu'elles peuvent être enlevées assez facilement et ne laissent point au-dessous une membrane ulcérée, mais simplement fortement injectée ; tandis que la muqueuse buccale, dans le muguet, est ulcérée, et le fond de ces ulcères se trouve recouvert de ces espèces de pseudo-membranes adhérentes aux bourgeons charnus qui tapissent le fond de l'ulcération.

Les amygdales sont les parties que la maladie affecte les premières ; ensuite le pharynx est envahi, circonstance importante à noter pour le succès d'un traitement bien plus efficace au début du mal. Le haut du pharynx et même les narines postérieures doivent parfois être atteints ; car il n'est pas rare d'observer un suintement séreux, jaunâtre et fétide par le nez. Des productions plastiques, des escarres pseudo-membraneuses se remarquent encore sur d'autres parties du corps en même temps que celles dont nous décrivons les caractères sur l'arrière-gorge. Cette congestion, cette fluxion s'étend sur tout le tube aérien, et bientôt il ne tarde pas à être le siége de plaques membraniformes.

Il est rare d'ouvrir des sujets à cette première période ou état mor-

bide, mais il est toujours permis d'examiner le fond de la gorge et de s'assurer de ce que nous avançons. Cet état peut durer quelques jours ou à peine quelques heures, et ces derniers cas sont les plus meurtriers. Alors survient une série de scènes morbides des plus affreuses : le jeune malade est menacé d'une suffocation sans cesse imminente, s'élance hors du lit, cherchant vainement de l'air qui ne pénètre au poumon qu'avec la plus grande difficulté ; la voix est éteinte et prend les caractères particuliers de la voix croupale.

Alors le fond du gosier est rempli de mucus épais, filant, sans cesse multiplié, et le malade rend avec secousses des crachats consistants et opaques au milieu desquels on reconnaît des débris plastiques ou couenneux. Ces plaques sont plus ou moins étendues ; ainsi il n'est pas rare de les voir petites, fragmentées ou arrondies, larges ; d'autres fois, enfin, leur forme cylindrique donne la mesure des parties qu'elles recouvraient et de l'étendue de la maladie, car ces cylindres pseudo-membraneux ont parfois une assez grande longueur. Nous devons examiner bientôt les caractères de ces pseudo-membranes.

Nous venons de voir les plaques couenneuses développées primitivement sur le pharynx, les amygdales, et marcher ensuite vers la trachée-artère ; c'est le cas le plus ordinaire, contre l'opinion assez généralement adoptée jusqu'à ces derniers temps : cependant, chez certains individus, la maladie marche dans un sens inverse, attaque d'abord les bronches ou la trachée, et envahit ensuite le larynx et le pharynx. Ces faits sont peu nombreux parmi ceux rapportés par des observateurs estimés : ainsi, pendant l'épidémie de Tours, le docteur Bretonneau trouva un cas seulement ou l'arrière-gorge n'était pas atteinte avant la trachée ; M. Guersent en a aussi rencontré quelques cas.

La fausse membrane est quelquefois mince, pelliculeuse, presque muqueuse et amorphe ; d'autres fois elle a l'épaisseur d'un millimètre ; sa consistance est assez grande ; elle résiste aux tractions. « Cette mem-
» brane n'est, dit Chaussier, qu'une concrétion lymphatique albumi-
» neuse qui s'est moulée à la surface des parties enflammées, y a formé
» une couche plus ou moins épaisse, y a pris une tenacité, une con-
» sistance plus ou moins grande, suivant le degré, la durée de l'irri-

» tation inflammatoire. Elle ressemble beaucoup , par sa nature et sa » consistance , à ces fausses membranes que Ruysch formait avec du » sang en fouettant du sang avec des tiges de bouleau ; à ces con- » crétions polypeuses que l'on trouve si fréquemment dans les troncs » des vaisseaux , ou même encore à la couenne du sang des pleurétiques. » Si, dans quelques cas, on a cru remarquer à ces concrétions une » texture lamineuse , une apparence fibreuse, un examen plus attentif » a bientôt dissipé cette illusion première. Jamais on n'y a trouvé cette » disposition d'aréoles et de ramuscules vasculaires, cette résistance , » cette extensibilité qui caractérisent les membranes organisées. »

Bien que Chaussier appelle ces concrétions couenneuses, lymphatiques et albumineuses, cette détermination est démontrée erronée par les recherches récentes de MM. Lassaigne et Orfila, qui ont reconnu , dans ces productions plastiques , de véritable fibrine ; d'ailleurs Chaussier lui-même en montre l'exactitude par les comparaisons pleines de justesse qu'il en fait avec les produits fibrineux. Ces pseudo-membranes sont donc de même nature que ces plaques faussement nommées gélatino-albumineuses dépendant de l'inflammation adhésive de Hunter.

L'on ne peut admettre toutefois, avec le savant professeur de Paris, que ces pseudo-membranes ne soient parfois pourvues de vaisseaux ou de stries vasculaires. Sans invoquer, à cet égard, les grandes autorités , telles qu'Albert de Bonn , Sœmmering , qui ont conservé des lambeaux de pseudo-membranes dans lesquels se trouvent des vaisseaux bien distincts; sans rappeler l'opinion de Brera , Ribes , Desruelles et tant d'autres écrivains recommandables , il nous suffit d'avoir énoncé la nature plastique des productions couenneuses, pour rendre la manière de voir de Chaussier impossible à soutenir.

En poursuivant le mode de développement des productions de ce genre, il est facile de les voir s'organiser de plus en plus, se pourvoir de vaisseaux à chaque heure plus multipliés. Delpech a fait, à ce sujet, de nombreuses expériences consignées dans une thèse soutenue à cette Faculté, en 1832. Le professeur de Montpellier voulant montrer la formation des pseudo-membranes, leur vascularisation et ensuite les propriétés qu'elles acquièrent d'isoler d'abord les corps étrangers, et de produire du pus

ensuite, Delpech, dis-je, plaçait dans le ventre de plusieurs lapins des morceaux de liége qu'il laissait séjourner un ou plusieurs jours.

A la fin de la première journée, le corps étranger se trouvait environné d'une couche mince, blanchâtre, peu résistante et nullement pourvue de vaisseaux : cet état primitif est évidemment le même que l'on rencontre dans les pleurésies aiguës, les péritonites rapides, où des plaques gélatino-albumineuses ou plutôt fibrineuses nagent au milieu d'un liquide citrin et parfois purulent, lorsque la phlogose a été fort intense et d'une certaine durée. Alors le corps étranger introduit dans le péritoine adhère à cette séreuse d'une manière lâche, à la faveur de cette pseudo-membrane dont on peut le séparer facilement. De même, dans les pleurésies intenses, ou dans les péritonites spontanées, les diverses portions de ces membranes séreuses se joignent entre elles d'une manière peu résistante d'abord.

Ainsi, ce que nous observons à la suite d'expériences dans le ventre se remarque aussi lorsque la phlogose a été spontanée, et les productions plastiques sont de même nature que celles expulsées par des individus atteints de croup depuis peu de temps, ou quand le mal a marché avec peu de rapidité. En poursuivant ses expériences, Delpech vit les fragments de liége laissés dans le ventre des rongeurs durant deux jours, enveloppés d'une production plastique jaunâtre, plus résistante, d'un millimètre d'épaisseur, assez lisse sur ses deux faces, et, chose bien remarquable, sillonnés de vaisseaux ou de stries vasculaires, rouges, assez étendus, sinueux et nullement en communication avec la circulation voisine.

Cette disposition ainsi démontrée d'une manière progressive s'observe dans les fausses membranes formées spontanément au sein de toutes les cavités, et des séreuses principalement, en raison de leur grande tendance à concevoir le degré de l'inflammation adhésive ou plastique. Si l'on examine, en effet, des plaques étalées sur le péritoine, la plèvre ou l'arachnoïde, on ne tarde pas à en trouver ayant dans leur épaisseur des stries vasculaires, des vaisseaux rouges et dont la structure se rapproche de plus en plus des membranes normales. Nous pouvons renvoyer

pour plus de détails, aux traités sur l'inflammation de Hunter, Thomson, Gendrin, etc.

Pourquoi donc la nature serait-elle différente à la surface des muqueuses qu'en tout autre point? N'a-t-on pas d'ailleurs trouvé des pseudo-membranes à la surface de ces membranes ? Tous les jours les lithotomistes ont occasion de disséquer des productions plastiques autour des calculs vésicaux, productions organisées au point de faire adhérer le corps étranger à la muqueuse vésicale d'une façon tellement intime, qu'il faut un certain effort pour vaincre la résistance de cette union. L'organisation de ces pseudo-membranes est parfois tellement avancée, que souvent on a cru avoir entre les mains des portions de la muqueuse vésicale elle-même. Il suffit d'ailleurs de parcourir les ouvrages d'anatomie pathologique de MM. Cruveilhier, Andral, Lobstein, etc., pour se convaincre de l'exactitude des observations que nous signalons.

Pour achever de rappeler les travaux de Delpech à cet égard, disons que la pseudo-membrane se pourvoyait de plus en plus de vaisseaux qui finissaient par se mettre en communication avec la circulation normale, et ne faire qu'un même système. Chaussier compare la production couenneuse du croup aux *concrétions polypeuses* si souvent rencontrées dans le système artériel. Il est étonnant qu'un semblable parallèle, poursuivi dans ses conséquences les plus immédiates, n'ait pas dissipé l'erreur du professeur de Paris. Il suffit, en effet, d'avoir examiné les prétendus polypes du cœur, alors qu'ils sont peu décolorés, pour avoir remarqué, entre les nombreuses couches dont ils sont composés, des traînées vasculaires infinies, fort distinctes et nullement aussi en communication avec la circulation générale.

Il résulte de ces faits que la fibrine ou les productions plastiques ont cette grande propriété incontestable de se pourvoir de vaisseaux d'une véritable circulation, indépendante d'abord de la circulation normale, principe général de l'organisme auquel les productions plastiques ne peuvent se soustraire ; car la nature, a dit Newton, est simple dans ses causes et multiple dans ses effets. Sans doute, l'existence de vaisseaux distincts au sein des fausses membranes croupales, n'est pas fréquemment observée ; plus souvent on y voit des points rouges, des stries encore indécises ;

la raison de cette structure vasculaire peu avancée se trouve dans l'état primitif où l'on étudie ces productions couenneuses. Le croup est une maladie trop souvent mortelle en peu de jours pour permettre aux pseudo-membranes de revêtir une organisation plus complexe.

Lorsqu'on fait l'autopsie d'enfants morts du croup, la muqueuse bronchiale est plus rouge qu'à l'état normal ; les capillaires y sont fort apparents, leur calibre est distendu ; la muqueuse est tuméfiée en certains points plus qu'en d'autres ; elle est hérissée de villosités nombreuses, allongées, beaucoup plus sensibles qu'à l'ordinaire, et cette dernière disposition morbide est rendue encore plus marquée par l'immersion de la pièce pathologique dans l'eau. Alors on aperçoit ces villosités allongées, flottantes, volumineuses, et formant parfois, surtout quand le mal a duré quelques jours, des espèces d'excroissances ou fongosités.

« Quand la maladie a été violente, dit M. Royer-Collard, et n'a duré » que quelques heures, cette membrane, et surtout celle du larynx, est » ordinairement rouge et enflammée dans une grande partie de son étendue. » Lorsque, dans un croup ordinaire, le malade a succombé à la seconde » période, cette membrane est colorée d'une teinte rosée ou rouge clair » qui paraît être un reste d'inflammation. Les vaisseaux sont visible- » ment engorgés, et la matière visqueuse dont elle est recouverte offre » elle-même, quand on la racle avec le scalpel, une couleur rougeâtre » très-prononcée. Si la maladie est arrivée jusqu'à la fin de sa troisième » période, ces apparences n'ont plus lieu d'une manière aussi uniforme » et aussi constante. »

Il n'est pas très-rare, ajoute l'auteur à qui nous venons d'emprunter ce passage, de rencontrer la muqueuse aérienne sans aucune rougeur et avec tous ses caractères normaux, circonstance qui a fait admettre la possibilité de voir déjà paraître les traces de l'inflammation après la mort. Cette proposition, dont l'école physiologique a cherché à démontrer l'exactitude et les conséquences majeures pour son système, nous semble être dénuée de fondement. La congestion dont l'action cadavérique a fait disparaître les traces n'a jamais constitué l'inflammation. Il faut, pour admettre rationnellement l'inflammation, que la muqueuse ait été altérée, ramollie, changée dans ses caractères normaux.

Aussi on observe rarement, comme l'a dit M. Royer-Collard, la muqueuse aérienne avec son aspect régulier ; nous pouvons même dire, d'après la majorité des auteurs, que la muqueuse est épaissie, moins résistante, qu'elle n'a pas, enfin, sa texture parfaitement physiologique. Le larynx est le point où se trouvent les désordres les plus constants. Toujours, d'après Guersent, Chaussier, etc., la muqueuse laryngienne est affectée et moins souvent celle des bronches, de la trachée ou de l'arrière-gorge. Aussi la plupart des symptômes se lient-ils à cette lésion constante de l'organe vocal.

Sur cette membrane congestionnée et phlogosée se remarquent tantôt des lambeaux isolés et flottant dans un liquide mucoso-purulent, lambeaux couenneux qui souvent constituent de véritables cylindres étendus à divers degrés dans le tube aérien. Chez certains sujets, toutes les bronches en sont tapissées, et l'on peut l'enlever sous la forme de tuyaux assez résistants. Nous ne parlerons pas davantage ici des caractères des pseudo-membranes après tout ce que nous en avons déjà dit. Leur apparition forme le second état anatomique du croup, et à cet état il n'est pas rare de voir les stries vasculaires ou les vaisseaux se continuer faiblement avec ceux de la muqueuse bronchique. Les pièces anatomo-pathologiques de Sœmmering en font foi : toutefois les adhérences des pseudo-membranes à la muqueuse sont à peine marquées.

Il est des points où l'on trouve plus spécialement ces productions couenneuses ; ainsi, d'après les recherches de Royer-Collard, Blache, Billard, etc., elles sont plus spécialement attachées à la face inférieure de la glotte, à la partie postérieure de la trachée-artère. Quand la maladie a duré plusieurs jours, la membrane est organisée et résistante ; Mais quand le croup a duré une semaine ou plus, la membrane plastique est souvent délayée, surtout au milieu du larynx, tandis qu'elle conserve encore sa texture contusée dans la trachée-artère et dans les bronches. Enfin, dans certains cas, on ne trouve plus de fausses membranes, mais bien des amas de mucus purulent qui engoue la partie inférieure du tube aérien.

Sentant toute l'importance de la détermination du siége des fausses membranes pour le succès et l'indication de la trachéotomie, MM. Hus-

senot, Bretonneau, etc., se sont livrés à des recherches nombreuses, et sont arrivés à des résultats que nous allons faire connaître brièvement. Sur un relevé de cent dix-sept autopsies, le premier de ces médecins a trouvé seulement quinze cas où les fausses membranes se bornaient à peu près au larynx; trente cas où elles ne s'étendaient pas au-delà de la trachée; jusque dans les divisions bronchiques les plus volumineuses, dix cas; cinq cas où les productions plastiques atteignaient les dernières divisions de l'arbre respiratoire; trente sujets où l'auteur ne précisait pas le siége des pseudo-membranes; enfin, vingt-un cadavres où il n'y avait pas de ces productions plastiques.

En réunissant les faits déjà connus dans la science, selon M. Guersent, on a cent soixante-onze cas dont cent cinquante avec fausses membranes, et soixante-dix-huit où les pseudo-membranes ne s'étendaient pas au-delà de la trachée, tandis que quarante pénétraient jusqu'aux bronches. Ces résultats prouvent combien on peut avoir de confiance dans la trachéotomie, puisque l'ouverture du tuyau aérien se fera le plus souvent au-dessous des points atteints de plaques couenneuses capables de troubler le succès de cette grave mais bienfaisante opération. Le mode de développement de haut en bas des pseudo-membranes, que nous avons démontré précédemment, prouve toute la justesse des principes posés par la plupart des opérateurs de nos jours, qui veulent que la trachéotomie soit pratiquée le plus tôt possible. On a alors beaucoup plus de chances pour rencontrer les bronches libres, et pour arrêter les progrès d'une maladie presque constamment fatale quand on la combat par des moyens médicamenteux.

Quelques auteurs avec Dugès, M. Guibert, ont admis un croup chronique; mais les symptômes, et surtout les caractères anatomo-pathologiques, ne sont pas ceux du croup, mais de la laryngite ordinaire; le croup est une maladie essentiellement aiguë et qui ne passe jamais à l'état chronique. Ceux qui en ont été atteints conservent, pendant un certain temps après leur guérison, un peu de raucité dans la voix, symptômes ne dépendant pas du croup, mais de l'altération de la muqueuse, qui reste, après la disparition de la maladie, comme une cicatrice

reste après une plaie ou un abcès, et n'a jamais constitué la plaie ni l'abcès, ni le phlegmon lui-même.

Les altérations observées chez les individus morts du croup ne se bornent pas ordinairement aux parties que nous avons déjà examinées ; souvent le pharynx et l'œsophage participent à l'altération diphtérique. La muqueuse du canal alimentaire offre à peu près les mêmes changements que ceux du tube aérien ; seulement les plaques couenneuses, peut-être moins abondantes que dans ce dernier, contribuent peu aux phénomènes qui constituent des accès de croup, quoiqu'ils contribuent à augmenter le mal. Une complication un peu moins fréquente résulte dans l'envahissement de la muqueuse nasale qui se tuméfie, dans un écoulement abondant, et enfin se recouvre de fausses membranes analogues à celles du larynx lui-même.

Nous croirions laisser notre tâche incomplète si nous ne mentionnions l'état des parties plus ou moins éloignées du larynx, et qui présentent des altérations assez constantes et assez graves pour que des médecins instruits en aient cité les principaux caractères dans le tableau achevé de la maladie croupale. Les bronches sont ordinairement affectées d'inflammation intense qui a donné lieu à une sécrétion abondante de mucus ou de pus. Ce liquide morbide remplit le tuyau aérien, gêne davantage l'hématose, mais provoque parfois la dissolution des pseudo-membranes plus facilement expulsées par l'expectoration.

M. le docteur Blache a trouvé souvent, chez les individus qui succombaient au croup, des phénomènes lobulaires plus ou moins étendus, et il a remarqué que, parfois, cette lésion pulmonaire précédait l'apparition du croup. Malheureusement ce phénomène n'est pas constant ; car il servirait, s'il se rencontrait ordinairement, à prévenir bien des terminaisons funestes, en combattant le croup à son début, en quelque sorte, aux extrémités des voies respiratoires. La plèvre est aussi phlogosée, soit primitivement et avec le poumon lui-même, soit après le développement de la maladie du larynx qui a marché dans un sens inverse. Ces deux complications ajoutent toujours à la gravité naturelle de l'affection croupale.

Poursuivant avec la plus grande attention l'état du tube digestif chez

les enfants morts du croup, le docteur Guersent a trouvé fort souvent des gastrites pseudo-membraneuses : la muqueuse de l'estomac présentait la plupart des lésions dont nous avons parlé, touchant le pharynx et l'œsophage. Le même médecin a rencontré tout aussi fréquemment la partie inférieure du tube digestif atteinte d'inflammation intense, des entéro-colites; mais, chose remarquable, sans l'existence d'aucune pseudo-membrane. Toutefois cet auteur ne paraît pas avoir fait, à cet égard, assez d'ouvertures de cadavres, pour s'assurer qu'il n'en est jamais autrement.

SCIENCES MÉDICALES.

—

De l'entérite chez les nouveaux-nés.

L'entérite où l'inflammation des intestins chez les nouveaux-nés a été considérée par beaucoup de médecins comme une maladie tranchée, ayant ses causes, ses symptômes, son traitement, son histoire particulière. Plusieurs praticiens modernes ont vu, dans la plupart des altérations cadavériques rapportées à l'entérite des enfants, le début d'une autre lésion bien plus commune au premier âge de la vie, et que l'on appelle muguet. Il ne nous est pas permis de nous établir juges dans un sujet encore débattu et qui demande des recherches nombreuses et attentives ; nous devons nous contenter de signaler les connaissances de l'art généralement admises. Nous allons exposer d'abord l'état anatomique des intestins ; nous parlerons ensuite des symptômes, des causes, et enfin du traitement de la phlogose intestinale.

L'appareil digestif qui doit fixer spécialement notre attention présente divers changements depuis la bouche jusqu'au rectum. Une teinte violacée se remarque à la bouche, au pharynx, à l'œsophage ; mais la muqueuse de ces parties n'offre aucun autre changement, de sorte que cette teinte foncée ne peut être regardée comme évidemment morbide. L'estomac est souvent rouge, sa membrane interne est fortement pourvue d'arborisations en tous les sens ; les mucosités y sont parfois peu nombreuses ; mais la muqueuse elle-même n'a point perdu de sa consistance habituelle, de sorte que le scalpel ne saurait en détacher des lambeaux sans produire des déchirures traumatiques. La rougeur et la congestion de l'estomac ne sauraient donc être considérées comme pathologiques dans la plupart

des cas. Toutefois on pourrait y voir des traces d'une irritation antérieure. Cette rougeur et cette congestion du ventricule est fortement prononcée dans le duodénum et tout l'intestin grêle ; toutefois elle est moins intense prés de la valvule de Bauhin chez plusieurs enfants. En examinant avec attention la muqueuse de cette partie du tube digestif, on ne tarde pas à lui reconnaître une épaisseur plus grande qu'en d'autres points, et même une friabilité supérieure; de sorte que les caractères anatomo-pathologiques ne permettent pas de douter de l'existence antérieure de l'inflammation intestinale.

Bien que la vascularisation diminue près du cœcum, elle reprend son énergie au gros intestin, dont la muqueuse rouge, épaissie, ramollie, est recouverte souvent de points blanchâtres qui semblent siéger dans les follicules muqueux. Cependant, malgré la résistance moindre de la membrane interne du tube digestif, on ne peut en enlever des lambeaux sans exercer des violences auxquelles il faudrait rapporter l'enlèvement de la muqueuse, et non le rattacher à l'altération de cette membrane elle-même. Ce que nous disons ici d'une manière générale ne doit pas s'entendre pour tous les cas d'entérite des nouveaux-nés ; souvent l'altération est plus prononcée dans cette portion du tube intestinal qu'en d'autres, sans que, pour cela, la nature de la maladie soit différente.

On rencontre, chez les jeunes sujets morts d'entérite, diverses autres lésions dont nous ne pouvons nous dispenser d'exposer les caractères : ainsi le foie est parfois injecté, fortement coloré en jaune, ainsi que le duodénum. Les reins sont aussi, en certains cas, fortement congestionnés, et l'encéphale offre en même temps un état de distension de tout son système vasculaire; la substance blanche y est même tellement injectée, qu'elle présente une teinte fort rapprochée de celle de la couche corticale. Il n'est pas rare de trouver aussi le système veineux général rempli d'un sang épais et noir, quoique l'appareil circulatoire n'offre pas d'autres changements.

On a pensé que l'entérite était une maladie fréquente chez les nouveaux-nés; cependant les observateurs récents qui ont étudié ce sujet avec beaucoup de soin, assurent tout le contraire. Ainsi Billard donne une observation de cette phlogose intestinale, et l'ouvrage récent de M. Valleix en renferme à peine trois cas qui, selon l'auteur lui-même, ne sont pas

fort concluants, et mériteraient peut-être d'être rangés parmi les faits appartenant au début du muguet. Quoi qu'il en soit de la fréquence de l'entérite des nouveaux-nés, voici quels en sont les symptômes les plus remarquables.

On observe parfois, chez les jeunes enfants, une éruption érythémateuse sur les fesses et les cuisses. Cet érythème n'est pas cependant spécial à l'entérite, mais se rencontre dans la plupart des affections intestinales; aussi ce symptôme est loin de distinguer cette maladie de toute autre du tube intestinal. La diarrhée se montre dès le début de l'entérite, et devient parfois assez abondante pour jeter l'individu dans une grande faiblesse; alors l'évacuation alvine se supprime ou devient plus abondante.

Le ventre présente une grande tension, et il y a une vive sensibilité aux points correspondant aux portions affectées du tube digestif, et en raison des altérations anatomiques. Certains sujets ont quelques vomissements de matières glaireuses peu abondantes. La langue offre de la rougeur à la pointe, et d'une manière assez constante pour mériter un examen constant de la part du praticien : parfois les papilles correspondantes sont plus développées qu'à l'ordinaire ; mais cette disposition offre des variétés assez nombreuses. La bouche n'offre d'ulcérations en aucun point, et on n'y trouve point de plaques couenneuses, comme dans le muguet.

On rencontre, autour des malléoles et des talons, des rougeurs plus ou moins prononcées, parfois se terminant par des ulcérations qui se montrent souvent après l'apparition de la diarrhée. Toutefois ces phénomènes s'offrent aussi pendant le développement du muguet, selon l'observation du docteur Valleix (cliniq. mal. enfants, 482). Le pouls acquiert une assez grande vitesse; mais il faut suivre pendant plusieurs jours l'état du pouls, bien apprécier les changements morbides; car les pulsations artérielles ont ordinairement beaucoup de fréquence dans le jeune âge, et l'on serait porté à le regarder comme anormal, si l'on ne connaissait l'état régulier de la circulation dans l'enfance.

La température de la peau est beaucoup augmentée; elle a même une espèce d'âcreté sensible au médecin attentif qui constate aussi son intensité plus grande au bas-ventre qu'en toute autre région du corps. Vers la fin de la maladie, surtout lorsqu'elle a une terminaison fatale, la

chaleur s'abaisse considérablement, et l'on perçoit alors un refroidissement tout aussi prononcé que l'était l'élévation de la température vitale. Pendant ce temps, l'enfant est agité; il se tourmente, pousse des cris, et même on voit survenir parfois des spasmes et des convulsions. Ces spasmes ont été notés par les observateurs, et entre autres par Chambon (maladies des enfants, 236).

Lorsque l'enfant doit succomber, la face est amaigrie, les yeux enfoncés dans leurs orbites, les cornées recouvertes de mucosités, la bouche desséchée et sale, les dents cachées par des plaques noires et croûteuses appelées fuliginosités; la langue est sèche, râpeuse, pointillée de rouge à la pointe; la peau est terreuse, sèche, le pouls filiforme, la chaleur abaissée, la prostration extrême, l'intelligence nulle, les muscles agités parfois de quelques mouvements convulsifs : tout annonce aussi la participation sympathique de l'encéphale à l'altération des intestins. On remarque souvent un teinte jaunâtre de la peau, et enfin un véritable ictère, ce qui indique l'irritation du duodénum et des voies hépathiques; il est même rare de rencontrer l'entérite entièrement simple et sans aucune complication plus ou moins sérieuse.

Lorsque l'entérite a donné lieu aux symptômes dont nous venons de parler en dernier lieu, et qu'elle a duré une semaine ou plus, on trouve dans le tube digestif d'autres lésions que celles déjà décrites plus haut, d'aprés le petit nombre de cas rapportés par Billard, Underwood, Valleix, etc. Il nous semble nécessaire de rattacher à cette maladie intestinale le fait rappelé par Chambon dans l'ouvrage signalé déjà dans notre dissertation. « Je l'ouvris le lendemain, dit cet auteur (*loco cit.*, 237) : le corps » était parfaitement sain à l'extérieur; les intestins étaient enflammés et » ulcérés en divers points de leur étendue, et particulièrement les in- » testins grêles; l'estomac était phlogosé; le canal alimentaire contenait » encore du lait fortement coagulé, mais dont la surface avait une teinte » rougeâtre : cependant les ulcérations des intestins n'avaient pas fourni » de sang. Il n'en était pas de même sur le bord des ulcères. »

Il est évident que tous les désordres trouvés chez ce sujet sont l'effet de l'inflammation intestinale; et nous ne pouvons voir, avec Chambon, du lait sans le liquide rosé, qui est évidemment du pus plus ou moins

mêlé à du sang : nous verrons plus loin que la fausse appréciation de la nature de ce liquide a entraîné l'auteur dans une étiologie erronée, puisqu'elle lui a fait attribuer tous les désordres du tube digestif à du lait altéré. Les auteurs ont cherché avec soin la nature de la maladie dont nous parlons ; ils se sont surtout demandé si ces lésions intestinales ne doivent pas être rapportées à la première période du muguet. Nous croyons bien que cette dernière affection détermine parfois, dans les intestins, de la phlogose, de l'injection, des points blancs ; mais si ces deux maladies sont semblables dès leur début, ce n'est pas une raison pour les confondre. A ce titre, il faudrait ne reconnaître qu'une seule inflammation du larynx et des bronches, parce que le premier état du tube aérien dans le croup est analogue à celui de la laryngite pure, striduleuse, etc.; et cependant personne n'est tenté maintenant de confondre toutes ces maladies.

Les causes de l'entérite des nouveaux-nés sont nombreuses : l'obstacle plus ou moins momentané à la sortie du méconium et des évacuations alvines ont parfois amené une irritation intestinale, et surtout du colon ; on a regardé aussi le lait comme pouvant donner lieu à la maladie dont nous parlons. Nous avons vu plus haut que telle est l'opinion de Chambon. Nous ne savons pas jusqu'à quel point c'est une cause d'entérite : toutefois l'on a souvent remarqué que lorsque le jeune nourrisson fait usage d'un lait trop vieux relativement à son âge propre, il maigrit assez rapidement et est souvent atteint de diarrhée ; mais rarement la phlogose intestinale en est la conséquence. La diarrhée elle-même n'est qu'une excitation de l'organe qui sécrète une plus abondante quantité de mucus.

Il est certaines localités où l'on a l'habitude d'administrer au nouveau-né un peu de vin pour le fortifier, dit-on, comme on frictionne la peau avec des substances plus ou moins excitantes. Plusieurs écrivains prétendent trouver dans ces habitudes irréfléchies la cause de plusieurs cas d'inflammation intestinale. Il n'est pas douteux, ajoute l'auteur déjà plusieurs fois cité, que les tranchées et l'inflammation des intestins n'aient eu pour cause l'abus du vin. La douleur, chez son jeune malade, se renouvelait toutes les fois que le nourrisson était confié à une

femme chargée de lui donner des soins , et qui lui administrait du vin avec excès dans le seul but de le fortifier.

La raison du mauvais effet du vin consiste dans l'action de ce liquide sur le lait dont l'enfant vient de faire sa nourriture : le vin excite trop l'estomac , rend la digestion du lait fort difficile ou même impossible , et provoque une irritation qui peut être le début de la phlogose intestinale , si elle est continuée assez long-temps. Cette fâcheuse influence du vin sur la digestion du lait s'observe chez certaines personnes adultes , quoique plusieurs se trouvent très-bien de cette association ; s'il est d'ailleurs trop généreux , le vin peut faire coaguler une partie du lait et rendre par là la digestion impossible.

L'influence du milieu dans lequel le nouveau-né est placé détermine parfois l'apparition d'une irritation intestinale. L'air vicié trop souvent dans les salles d'asile , dans les lieux où les enfants-trouvés sont rassemblés, est propre à rendre très-facile le développement de l'entérite. On a remarqué aussi que cette maladie apparaissait d'une manière épidémique en certains hôpitaux , certaines localités , et y produisait de grands ravages. Les saisons très-chaudes paraissent aussi favorables au développement des maladies intestinales , et l'on sait que ces sortes de lésions , quel que soit d'ailleurs l'âge du sujet , sévissent avec plus de force et d'étendue pendant l'été , surtout quand l'atmosphère est chargée de beaucoup d'humidité.

Diverses espèces d'entérites ont été reconnues chez l'adulte ; je ne sais si elles n'existent pas chez le nouveau-né en des circonstances favorables. L'inflammation de l'intestin peut-elle passer à l'état chronique, comme on le remarque généralement après l'enfance ? nous ne saurions nous prononcer , si déjà l'engorgement des ganglions du mésentère, qui constitue le carreau dans l'enfance, n'avait été rapporté par quelques écrivains à l'action d'une entérite chronique. Le docteur Dalmas reconnaît une entérite *chirurgicale* ou par cause externe, une seconde espèce sous le nom de *toxique* : il nous semble peu important de nous en occuper à l'occasion de la pathologie des nouveaux-nés.

Nous avons déjà parlé de l'entérite dépendant de l'état de l'atmosphère, et c'est là la cause de celle qu'on a désignée sous le nom de *catarrhale*.

L'entérite des fièvres éruptives mérite une sérieuse attention de la part du praticien. Quelle que soit l'opinion qu'il adopte touchant les rapports de cette inflammation avec l'éruption, il est vrai de dire qu'elle peut s'aggraver sous l'influence d'un traitement irrationnel ou d'un régime intempestif, et produire les plus graves conséquences. « On doit donc, » dit le docteur Dalmas (dict. en 25 vol., 17, page 40), ne jamais » oublier d'explorer avec soin le volume du ventre, sa tension, sa ré- » sistance, sa chaleur ; il faut s'enquérir du nombre et de la nature des » garde-robes, consulter la sensibilité de l'épigastre et la couleur de » la langue qui, ici, a une importance réelle, l'estomac étant souvent affecté » de la même manière et au même degré que les intestins. »

Nous n'avons pas remarqué dans les intestins des exagérations des plaques de Payer et de Brunner, qui caractérisent *l'entérite typhode* ou la dothiénentérie de M. Bretonneau. Nous ne saurions assurer qu'elle ne s'offre pas chez les nouveaux-nés ; nous avons déjà vu que le docteur Valleix rapporte à un muguet commençant les élevures blanchâtres offertes par certains états morbides du tube intestinal désignés du nom d'entérites. Nous dirons cependant avoir observé un cas : c'était chez un enfant où la mort, arrivée promptement pendant le cours de tous les phénomènes d'une fièvre d'incubation, nous permit de trouver les intestins grêles parsemés de saillies nombreuses dues évidemment à l'engorgement des follicules muqueux. Était-ce une entérite folliculeuse ou dothiénentérie ? était-ce plutôt la phlogose intestinale des fièvres éruptives dont nous avons déjà parlé plus haut ?

Nous avons vu, dans la majorité des cas où l'entérite avait fait périr les enfants, le peu d'intensité des lésions anatomiques eu égard à la terminaison funeste d'une maladie en apparence aussi légère. On a droit de s'étonner en voyant cette fin fatale, alors que, chez les adultes, la mort est ordinairement la conséquence d'altérations beaucoup plus profondes. La raison semble se trouver dans la différence du régime suivi pour les enfants et pour les adultes. Quand ceux-ci éprouvent les premières atteintes du mal, ils se mettent souvent à un régime sévère, font part de leur malaise, se soumettent à l'influence de la médecine ; aussi le nombre des entérites aiguës mortelles est bien plus rare

chez ceux-ci que chez les nouveaux-nés. Les maladies intestinales passent bien plus fréquemment à l'état chronique chez les premiers, qu'elles ne déterminent la mort pendant leur acuité.

Les nouveaux-nés expriment vaguement leurs sensations, et nous ne savons pas apprécier les prodrômes des affections du tube digestif dont ils sont atteints. Aussi le même régime est continué jusqu'à ce que les symptômes très-prononcés nous forcent à le modifier : de sorte que l'usage continué des aliments féculents entretient, pour ainsi dire, une indigestion continuelle. On sait, en effet, que c'est l'habitude, au moins dans les hospices des Enfants-Trouvés, de donner aux nourrissons des aliments féculents, même durant le cours de l'affection : ces bouillies sont souvent fort épaisses. Le docteur Natalis Guillot a constaté, par des réactifs chimiques, l'existence d'une grande partie des fécules administrées aux petits malades, mêlées aux matières du gros intestin ; preuve que cette substance nutritive avait parcouru le tube digestif sans y subir de grandes altérations.

Un des premiers soins à donner aux jeunes malades, c'est de supprimer les aliments, comme on le fait pour les adultes, aussitôt que l'on s'aperçoit des phénomènes de l'entérite : par ce moyen, il est probable que l'on arrêterait le progrès de plusieurs cas, et qu'on sauverait les enfants dont l'intestin n'aurait pas subi de profondes altérations. L'usage de boissons émollientes, par cuillerées, sera continué pendant tout le temps de la maladie. On administrera des lavements amidonnés et laudanisés. Ces sortes de lavements ont été, il est vrai, décriés par quelques auteurs : cependant ils n'ont pas les fâcheux effets qui leur sont attribués ; ils ont, au contraire, l'avantage incontestable de calmer les tranchées éprouvées par le nouveau-né, de diminuer ou de suspendre les évacuations alvines, qui sont une des causes de l'affaiblissement croissant que l'on observe chez ces malades. Toutefois nous devons avouer avoir remarqué certains phénomènes narcotiques à la suite de l'emploi de ces sortes de lavements ; mais nous avons reconnu qu'ils dépendaient de ce que la dose du laudanum était trop élevée et les lavements trop fréquents. Ces moyens produisent, au contraire, d'heureux résultats quand on en donne un seul par jour avec deux ou trois gouttes de laudanum seulement.

Nous avons vu l'influence fâcheuse de certaines localités où les nouveaux-nés sont renfermés en grand nombre. La thérapeutique demande la modification de ces circonstances défavorables. L'usage d'un lait vieux entraîne parfois l'irritation du tube digestif : il faut choisir une nourrice dont le lait soit en rapport avec l'âge du nouveau-né, et il serait à désirer que cette mesure salutaire fût adoptée dans tous les établissements d'enfants-trouvés, où la mortalité est si grande. Ce que nous venons de dire touchant les circonstances nuisibles au jeune nourrisson doit aussi s'entendre des pratiques coutumières de certains pays où l'on a l'habitude d'administrer aux enfants des potions huileuses composées d'eaux distillées odorantes et d'huile d'amande douce. Ces potions calment pour le moment l'irritation, les tranchées, mais leur influence est de courte durée. Les huiles, en séjournant dans le tube digestif, produisent aussi des effets analogues à ceux des fécules, et accroissent d'ailleurs la diarrhée et la dyssenterie.

Dans le siècle dernier, on avait l'habitude d'employer des topiques faits avec la thériaque et la gomme-résine, ou les embrocations avec les huiles volatiles et les fomentations spiritueuses. L'emploi de ces remèdes avait pour but de calmer les douleurs que le jeune malade éprouve dans l'abdomen, et peuvent avoir, en effet, certains avantages ; mais ils ne forment pas la médication directe des enfants nouveaux-nés. Peut-être même des fomentations émollientes et narcotiques ou des cataplasmes de même nature, seraient plus utiles et plus aisément supportés ; nous craindrions, en effet, que les excitants topiques dont nous parlons ne vinssent ajouter à l'irritation intestinale.

Jusqu'à quel point est-il permis d'avoir recours aux antiphlogistiques directs contre l'entérite ? Nous n'avons point vu, dans les auteurs, l'exposé régulier et bien motivé des principes nécessaires pour l'administration d'une médication aussi sérieuse chez les nouveeux-nés. Si nous suivons les règles de l'analogie, nous croyons raisonnable d'appliquer quelques sangsues sur l'abdomen ; mais l'on doit tirer du sang alors avec la plus grande parcimonie ; car une ou deux sangsues produisent un effet général tout aussi profond que plusieurs dixaines chez un adulte.

Les évacuations sanguines fort légères seront encore indiquées lorsqu'une congestion cérébrale viendra compliquer l'état intestinal : une ou

deux sangsues placées derrière les apophyses mastoïdes produiront un bon effet en dégageant le système circulatoire de la tête. Quand les émissions sanguines ne produisent pas le résultat désiré, on a mis en usage l'opium avec beaucoup d'opiniâtreté chez l'adulte ; mais l'action des opiacés est trop énergique chez les nouveaux-nés, pour ne pas craindre des congestions plus graves dans l'encéphale.

« Quelquefois, dit M. Dalmas (dict. cit., 46), ce traitement, tout » rationnel et tout sévère qu'il soit, ne réussit pas. Les malades lan- » guissent, ne reprennent pas de forces ; la langue reste sale, l'appétit » disparaît, et le ventre est habituellement ballonné, douloureux. C'est » alors qu'il convient d'avoir recours à l'administration d'un purgatif » doux, tel que l'eau de Sedlitz pour les adultes, la manne pour les » enfants, le calomel ou la magnésie. Il est bien rare que, sous leur » influence, les symptômes indiqués ci-dessus ne se dissipent prompte- » ment. » Lorsque, par l'effet des abondantes évacuations alvines, le sujet a été jeté dans une grande faiblesse, la guérison, pour s'effectuer, demande l'usage des toniques tant externes qu'internes. Alors le vin, le diascordium, le quinquina en décoction, les lavements avec le ratanhia, sont fort avantageux.

S'il s'agit d'une entérite épidémique, il est impossible de tracer d'avance le traitement qui peut convenir à la généralité de ces cas. Les constitutions médicales nécessitent, en effet, des médications fort distinctes, quoique déterminant les mêmes maladies à différentes époques : ainsi, tantôt les antiphlogistiques réussiront ; d'autres fois les opiacés, les antispasmodiques ou même les toniques sont évidemment indiqués ; mais comment reconnaître *à priori* une pareille méthode ? Sydenham tâtonnait au début de chaque épidémie, et se dirigeait ensuite d'après les résultats d'une expérience raisonnée : on doit imiter son exemple.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des agents chimiques capables de neutraliser les propriétés vénéneuses des sels de morphine et de l'opium.

Il résulte des expériences de Christison, Orfila, Devergie, etc., que le tannin, dissous dans l'eau en proportion de quatre à six grammes de tannin pour un quart de kilogramme d'eau, transforme les préparations d'opium, en atténue les effets de manière à rendre leur action beaucoup plus lente sur toute l'économie animale, ce qui donne au praticien le temps de mettre en usage les moyens capables de combattre les premiers résultats de l'empoisonnement. Les décoctions de noix de galle, de ratanhia, sont à peu près de la même catégorie. On pourrait aussi employer dans le même but les décoctions de cachou, de gomme kino, de sumac, de thé, de la plupart des écorces des fruits, etc. Toutefois le tannin, isolé par l'art de la noix de galle ou des diverses écorces, est préférable en ce qu'il contient le principe vraiment antitoxique

Les diverses teintures d'iode, la dissolution de chlore ou de brôme, produisent à peu près les mêmes résultats; mais cette propriété de neutraliser les sels de morphine et de l'opium n'est pas assez généralement reconnue pour les préférer au tannin dont la vertu, à cet égard, a reçu depuis long-temps la sanction de l'expérience. « Sa décoction, dit M. Orfila » (traité de chimie, t. II, 361), doit être regardée comme le meilleur » contre-poison de l'émétique et de l'opium; en effet, elle décompose » rapidement les sels formés par les alcalis, et les transforme en un pro- » duit qui n'a que fort peu d'action sur l'économie animale. »

M. Donné se livra, en 1829, à une série d'expériences pour chercher les moyens de neutraliser l'action des alcalis végétaux (annales d'hyg. et de méd. lég., II, 202). Il résulte de ses travaux que la teinture d'iode, la dissolution de chlore et de brôme, possèdent ces propriétés d'une manière incontestable. Le docteur Donné prétend, pour expliquer cette action, que ces agents décomposent les alcalis végétaux, et les réduisent en des corps inertes. C'est là aussi l'explication donnée par les chimistes touchant le mode d'agir du tannin sur l'opium et ses préparations.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des rapports généraux des deux surfaces des membranes fibreuses.

Sous le nom de membranes fibreuses on comprend des lames nacrées, résistantes, scléreuses, dans lesquelles se rangent la dure-mère, le périoste, les tuniques propres de divers organes, telles que la rate, le testicule, l'enveloppe des corps caverneux, etc. Le rapport des deux surfaces diffère de ce que nous offrent la plupart des tuniques générales dont les organes sont formés. Celles-ci sont rarement adhérentes dans toute leur étendue, et n'ont jamais plus d'une face unie à la partie qu'elles recouvrent : on en voit des exemples pour les séreuses dont une des surfaces adhère aux organes propres, et dont l'autre, restée libre, est lubréfiée d'un liquide citrin, et permet des frottements nécessaires aux changements de volume des organes qu'elles environnent.

Les membranes fibreuses sont intimement attachées, par leurs deux surfaces, aux parties voisines, avec lesquelles elles contractent des attaches plus ou moins profondes. Ainsi, depuis le péricrâne, qui adhère fortement au crâne et à l'aponévrose épicrânienne, la dure-mère n'y fait pas exception, quoique cela ne paraisse pas exact au premier abord. On voit bien facilement les attaches étendues de la fibreuse du crâne; mais pendant long-temps l'on a cru l'autre face libre de toute adhérence, parce que Bichat n'avait pas encore démontré la propriété des séreuses d'être des sacs sans ouverture; il n'avait pas encore fait voir l'arachnoïde plaquée et intimement unie à la dure-mère, qui, par cette disposition,

se présente avec tous les rapports généraux des membranes de son ordre.

Si l'on examine les séreuses, les muqueuses et la plupart des membranes connues, on leur voit décrire diverses sinuosités, diverses réflexions sur elles-mêmes, de manière à former des replis parfois très-multipliés, désignés sous les noms de mésentères, de faux ligaments, de valvules conniventes. Cette disposition est fort rare dans les fibreuses, et peut-être la dure-mère est-elle la seule à offrir des prolongements analogues. Les tentes du cerveau et du cervelet sont semblables aux réflexions du péritoine; mais les replis des membranes séreuses et des muqueuses sont extensibles, et servent à permettre à l'organe enveloppé de subir des modifications dans son volume et sa position, tandis que les plissements de la dure-mère ne permettent nullement un semblable changement dans l'encéphale, et servent, au contraire, à maintenir ses diverses portions dans leurs rapports constants et à peu près invariables.

Si l'on dissèque attentivement les membranes muqueuses, séreuses, synoviales, etc., on trouve qu'elles ne fournissent aux parties environnées par elles aucun prolongement qui aille contribuer à former sa structure et sa masse. Tout se borne, chez elles, à recouvrir ces organes et former leurs parois libres ou profondes. Les membranes fibreuses, au contraire, donnent, de l'une de leurs surfaces, des expansions de leur propre tissu, qui, pénétrant au sein des organes dont elles doublent la circonférence, vont constituer une sorte de trame résistante, une sorte de canevas dans lequel le tissu particulier de l'organe se trouve emprisonné.

Sans doute toutes les fibreuses n'offrent pas cette disposition bien évidente : la dure-mère, par exemple, ne fournit pas à l'encéphale des prolongements qui pénètrent sa substance, mais elle se dédouble pour former au système veineux encéphalique des enveloppes résistantes, et même elle donne, dans la profondeur des sinus, des fibres, des expansions diverses plus ou moins analogues à des cloisons incomplètes qui pourraient bien en partie remplir les fonctions de valvules dont le système veineux intra-crânien se trouve dépourvu.

Il est facile cependant de reconnaître les rapports remarquables de leur face profonde avec les organes qu'elles enveloppent : les recherches de Delasonne et de Dupuytren ont prouvé que la fibreuse splénique four-

nissait de nombreux filaments qui, en traversant la rate en divers sens, y formaient des loges et des cellules dans lesquelles se ramifiaient des vaisseaux multipliés, et surtout se rassemblait la boue splénique ou le sang à demi-coagulé dont cet organe se compose. Une pareille structure s'observe encore dans le rein, où Ferrein, Eisenhard, Bellini et d'autres ont montré les prolongements nombreux que la fibrine extérieure fournit à l'organe sécréteur de l'urine.

En disséquant les corps caverneux de la verge chez l'homme, et principalement chez les grands quadrupèdes, on ne tarde pas à s'apercevoir des irradiations multipliées que la gangue extérieure de cet organe envoie dans sa profondeur, de manière à constituer des espèces de cloisons résistantes qui contribuent sans doute, aussi bien que l'enveloppe elle-même, à maintenir l'expansion dont cet organe est susceptible, et à le maintenir en des bornes normales. Les travaux de Hunter, de Cruveilhier, de Amussat, ont démontré encore la parfaite analogie de cette disposition dans le foie comme dans toutes les parties que nous venons de signaler. On sait que la tunique propre du testicule ne fait pas exception à cette loi.

La face opposée et en apparence libre des membranes fibreuses contracte des adhérences tout aussi marquées : nous avons signalé l'union intime de la dure-mère avec l'arachnoïde; la poche qui enveloppe le cœur est encore dans le même cas. Les muqueuses s'attachent encore aux fibreuses tout aussi fortement : ainsi la pituitaire ne fait qu'une avec la fibreuse périostique des fosses nasales; la membrane des sinus, celle de l'oreille, le périchondre du larynx, celui de la trachée-artère, sont tellement appliqués l'un contre l'autre, qu'il est presque impossible de les séparer.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES ❄, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET ❄ ✠.	*Clinique médicale.*
LORDAT ❄.	*Physiologie.*
DELILE ❄.	*Botanique.*
LALLEMAND ❄.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL ❄.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❄.	*Anatomie.*
DELMAS ❄.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH ❄, Exam.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD ❄, Présid.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR ✠.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire. M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE ❄.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.	MM. JAUMES, Exam.
BERTIN.	POUJOL.
BATIGNE.	TRINQUIER.
BERTRAND.	LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
DELMAS Fils.	FRANC.
VAILHÉ, Exam.	JALAGUIER.
BROUSSONNET Fils.	BORIES.
TOUCHY.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!